

„Kultura Współczesna” 4(107)/2019

doi.org/10.26112/kw.2019.107.05

MICHAŁ WRÓBLEWSKI

# CZY WSZYSCY „WARIUJEMY” W TEN SAM SPOSÓB?

## KRYTYKA RUCHU NA RZECZ GLOBALNEGO ZDROWIA PSYCHICZNEGO

### MICHAŁ WRÓBLEWSKI

Socjolog i filozof, adiunkt w Zakładzie Badań Kultury Instytutu Socjologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Prowadzi badania w ramach studiów nad nauką i techniką oraz socjologią medycyny, zdrowia i choroby. Obecnie interesuje się rolą danych i praktyk kwantyfikacyjnych w zakresie zdrowia, kultury i problemów ekologicznych oraz społecznym obrazem chorób zakaźnych. Autor książki *Medykalizacja nadpobudliwości. Od globalnego standardu do peryferyjnych praktyk* (2018).

### WPROWADZENIE

Tytuł artykułu odnosi się do książki Ethana Wattersa o wymownym tytule *Crazy Like US. The Globalization of the American Psyche*<sup>1</sup>. Watters pokazuje w niej na przykładach, jak powstały w określonym kontekście kulturowym sposób postrzegania problemów psychicznych narzucany jest społeczeństwu w różnych zakątkach globu. Koncentrując się na psychiatrii, unaocznia nieoczywisty wymiar globalizacji – jak się okazuje, nie tylko kultura popularna czy modele konsumpcji stają się uniwersalne w skali globu, ale też sposoby przeżywania traumy, wyrażania smutku czy metody radzenia sobie z trudami życia codziennego. Watters pyta, czy rzeczywiście wszyscy jesteśmy tacy sami, to znaczy podobnie radzimy sobie z porażkami, napięciami, stresem, a jeżeli nie – jak chcieliby przedstawiciele nauk o kulturze – to czy uniformizacja nie przyczynia się do tego, że odbierane są nam charakterystyczne dla naszej kultury kanały ekspresji.

Celem tekstu jest ukazanie debaty, jaka toczy się w psychiatrii i psychologii od kilku lat, dotyczącej zasadności konceptualizowania ludzkiej psychiki jako uniwersalnej, związanej bardziej z ludzką naturą niż

---

<sup>1</sup> E. Watters, *Crazy Like US: The Globalization of the American Psyche*, Free Press, New York 2010.

kontekstem kulturowym. Filozoficznie rzecz biorąc, dyskusje te mają długą historię i przyjmowały w XX wieku różne formy (na przykład sporu między psychologami ewolucyjnymi a antropologami kulturowymi). Źródłem opisywanej w tym artykule debaty jest powstanie ruchu na rzecz globalnego zdrowia psychicznego (*global mental health* – dalej: GMH). Zgodnie z podejściem przyjętym przez jego zwolenników „wariujemy” w gruncie rzeczy w ten sam sposób niezależnie od kultury, w której żyjemy. Przeciwnicy – głównie psychiatrzy transkulturowi i antropologowie medyczni – wskazują na szereg problemów wynikających z tej perspektywy, które chciałbym w niniejszym artykule zaprezentować. To, czym się tutaj zajmę, dotyczy głównie psychiatrii, jej logiki i stosowanych narzędzi. Tekst rozpoczne krótką charakterystyką GMH oraz opisem okoliczności jego powstania. Następnie skupię się na dwóch wymiarach, które określają istotę ruchu i stanowią główne osie sporu.

### RUCH NA RZECZ GLOBALNEGO ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Źródła powstania GMH sięgają roku 2007, kiedy to w czasopiśmie „Lancet” opublikowano serię artykułów traktujących o potrzebie szerszego spojrzenia na problemy psychiczne. Kluczowymi osobami w ruchu są Vikram Patel i Martin Prince. Patel jest indyjskim psychiatrą badającym problemy rozwojowe dzieci oraz wpływ ubóstwa na zdrowie psychiczne. Prince z kolei zajmuje się epidemiologią zaburzeń psychicznych i schorzeń neurologicznych w biednych oraz średniozamożnych krajach. Jak twierdzi Rob Whitley<sup>2</sup>, termin „globalny” wskazuje na charakterystyczne cechy GMH. Ruch ma charakter egalitarny – podobnie jak *Deklaracja praw człowieka i obywatela* – ponieważ z założenia ma być skupiony na problemach psychicznych niezależnie od pochodzenia, rasy, płci czy klasy. Jednocześnie ma funkcjonować podobnie jak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), czyli jako instytucja obejmująca swoim zasięgiem nie pojedyncze państwa, ale cały glob. Ruch tworzą organizacje pozarządowe, instytucje medyczne, ośrodki naukowe. GMH jest faktycznie tyleż zinstytucjonalizowaną platformą międzynarodowej współpracy różnych podmiotów, co ideologią czy sposobem postrzegania problemów psychicznych i metod radzenia sobie z nimi.

Głównym celem GMH jest zapewnienie odpowiedniej opieki zdrowotnej osobom borykającym się z problemami psychicznymi występującymi w skali globalnej, zwłaszcza w krajach rozwijających się i peryferyjnych<sup>3</sup>. Zwolennicy ruchu uważają, że w przeszłości zdrowie psychiczne nie stanowiło ważnego punktu w międzynarodowej agendzie instytucji zajmujących się dobrostanem ludzi. Podkreślają jednocześnie, że psychiatria często pomijała kraje niezachodnie. Jednym z powodów takiego stanu rzeczy był fakt, że przez długi czas problemy psychiczne uważano za coś charakterystycznego dla krajów rozwiniętych. W tym sposobie myślenia nieskażeni rozwojem cywilizacyjnym mieszkańcy obszarów spoza zachodniego kręgu kulturowego mieliby być wolni od zaburzeń

<sup>2</sup> R. Whitley, *Global Mental Health: concepts, conflicts and controversies*, „Epidemiology and Psychiatric Sciences” 4(24)/2015.

<sup>3</sup> Zob. <http://globalmentalhealth.org/> (10 września 2019).

psychicznych<sup>4</sup>. Inny rodzaj zaniechania związany jest z faktem, że dotychczasowe zasoby medycyny i epidemiologii kierowane były głównie na walkę z chorobami zakaźnymi, całkowicie pomijano natomiast zdrowie psychiczne. Celem GMH jest zatem w pierwszej kolejności zwrócenie uwagi na to, że zaburzenia psychiczne są ważnym zjawiskiem, wymagającym na równi z innymi chorobami uwagi ze strony instytucji medycznych oraz odpowiednich zasobów finansowych.

Koncentrując się na obszarach peryferyjnych, zwolennicy GMH wskazują na trudną sytuację opieki psychiatrycznej. Opisują szereg wykluczeń i barier. Za uważają na przykład, że jedynie od 10 do 25 procent ludzi cierpiących na świecie na zaburzenia psychiczne może liczyć na profesjonalną pomoc psychiatryczną czy psychologiczną<sup>5</sup>. Istnieją ponadto znaczące różnice między krajami rozwijającymi się a rozwiniętymi w zakresie zarządzania instytucjami medycznymi czy nakładami finansowymi, diametralnie inna jest liczba specjalistów i ośrodków medycznych, nie wspominając o dostępie do leczenia<sup>6</sup>. Jednocześnie podkreśla się, że szereg chorób występuje w niemal równym natężeniu w niezachodnich państwach co w zachodnich, a jednocześnie wiele z nich jest właściwie nieleczone. Przykładem może być tutaj schizofrenia, która jest problemem między innymi na obszarze Afryki Subsaharyjskiej, w której – według szacunków – nawet 90 procent chorych nie ma dostępu do odpowiedniej opieki<sup>7</sup>. Do tego wszystkiego dochodzi problem stygmatyzacji – z powodu braku zarówno odpowiedniej infrastruktury, jak i wiedzy społecznej chorzy spotykają się z wykluczeniem, przemocą fizyczną i symboliczną lub padają ofiarą krzywdzących stereotypów i przesądów. Problemem w perspektywie GMH jest również popularność alternatywnych metod leczenia zaburzeń psychicznych, opartych na tradycyjnych, zakorzenionych w kulturze lokalnej praktykach<sup>8</sup>. Te sposoby radzenia sobie z problemami psychicznymi są w perspektywie zwolenników ruchu raczej przejawem niedoskonałości lokalnych systemów wiedzy niż źródłem komplementarnych, mogących wspomóc proces likwidowania barier w dostępie do opieki zdrowotnej metod leczenia.

Powyższa diagnoza stanowi dla GMH punkt wyjścia do szukania rozwiązań, które mogłyby poprawić sytuację chorych psychicznie na całym świecie. Na ogólnym poziomie celem ruchu jest zintegrowanie różnych lokalnych działań, wymiana doświadczeń, stworzenie wspólnej platformy dla medycznych profesjonalistów, a także zwrócenie uwagi ponadnarodowych instytucji na problem zaburzeń psychicznych. GMH wzoruje się na kampaniach na rzecz chorych na HIV/AIDS, którym udało się skierować środki na walkę z tą chorobą w skali globalnej<sup>9</sup>.

<sup>4</sup> R. Whitley, *Global Mental Health...*, dz. cyt.

<sup>5</sup> V. Patel, M. Maj, A.J. Flisher, M. De Silva, *Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey*, „World Psychiatry” 3(9)/2010.

<sup>6</sup> World Health Organisation, *Mental Health Atlas*, WHO, 2011.

<sup>7</sup> V. Patel, M. Prince, *Global Mental Health: a new global health field comes of age*, „Journal of American Medical Association” 19(303)/2010.

<sup>8</sup> J.T.V.M. de Jong, *Challenges of creating synergy between global mental health and cultural psychiatry*, „Transcultural Psychiatry” 6(51)/2014.

<sup>9</sup> V. Patel, P.Y. Collins, J.R.M. Copeland, R. Kakuma, *The movement for global mental health*, „The British Journal of Psychiatry” 2(198)/2011.

Na bardziej szczegółowym poziomie w ramach działań GMH poszukuje się w krajach rozwijających się dobrych praktyk, które są oparte na naukowej wiedzy medycznej, a jednocześnie dadzą się niskimi nakładami zastosować w większej skali. W literaturze z zakresu GMH nazywa się to skalowaniem (*scale-up*). Przykładem takiego skalowania jest delegowanie różnych czynności diagnostycznych i terapeutycznych na osoby niezwiązane z profesjonalną medycyną (*lay health workers*). Zwolennicy takiego podejścia wskazują na badania pokazujące, że *lay health workers* potrafią z powodzeniem nieść pierwszą pomoc osobom z zaburzeniami psychicznymi w sytuacjach, gdy nie ma możliwości skorzystania z usług instytucji medycznych<sup>10</sup>.

Od 2007 roku nastąpił gwałtowny rozwój GMH. WHO postanowiło włączyć wiele postulatów ruchu do swojej agendy, czego wyrazem jest wprowadzony w 2010 roku Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). GMH stało się również ważnym miejscem dociekań naukowych, na przykład dotyczących epidemiologii zaburzeń psychicznych czy możliwości zastosowania różnych modeli terapeutycznych w krajach rozwijających się.

Przedstawione informacje na temat GMH to oficjalna historia ruchu, często przywoływana przez jego twórców i zwolenników. Warto jednak wpisać to zjawisko w szerszy kontekst i zastanowić się, jakie czynniki (polityczne, ekonomiczne, kulturowe) sprawiły, że dobrostan psychiczny stał się celem globalnych wysiłków<sup>11</sup>. Na początku lat osiemdziesiątych XX wieku Bank Światowy bardzo zainteresował się zdrowiem, identyfikując je jako ważny czynnik w rozwoju kapitału ludzkiego – zasobu, który jest niezwykle istotny z perspektywy neoliberalnie zorientowanej ekonomii<sup>12</sup>. Powstałe wówczas sieci instytucjonalne (międzynarodowe organizacje pozarządowe, placówki naukowe, podmioty charytatywne) oraz programy pomocowe zorientowane były na interwencje globalne, nieograniczające się do systemu opieki zdrowotnej na poziomie narodowym. Wiele z tych inicjatyw funkcjonowało w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego, co również było zgodne z popularną wówczas agendą neoliberalną. Ważny krok stanowiło także stworzenie prostych i łatwo aplikowalnych standardów związanych z kwantyfikacją zdrowia. Najślynniejszym przykładem jest wskaźnik DALY (*disability-adjusted life year*), który określa liczbę lat utraconych wskutek przedwczesnej śmierci. Wskaźników tego typu zaczęto używać również w obszarze zdrowia psychicznego. Standaryzacja wiedzy na temat wpływu różnych schorzeń na długość życia sprawiła, że możliwe stało się nie tylko oszacowanie, jak niebezpieczne dla zdrowia są poszczególne zaburzenia psychiczne, ale też porównanie na przykład chorób zakaźnych czy różnych zaburzeń. Wskutek tego problemy psychiczne mogły być przedstawiane jako poważne zagrożenie dla zdrowia, na równi z HIV/AIDS czy gruźlicą (a są to, jak wiadomo, zjawiska występujące na całym świecie). Jednocześnie ważnym elementem opowieści o GMH jest wzrastająca

<sup>10</sup> Tamże.

<sup>11</sup> D. Bemme, N.A. D'souza, *Global mental health and its discontents: an inquiry into the making of global and local scale*, „Transcultural Psychiatry” 6(51)/2014.

<sup>12</sup> M. Foucault, *Narodziny biopolityki*, tłum. M. Herer, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.



rola paradygmatu EBM (*evidence-based medicine* – medycyny opartej na faktach). Zgodnie z EBM wiedza medyczna powinna opierać się na ściśle określonych procedurach, spośród których najczęściej stosowaną są randomizowane testy kliniczne. W kontekście zaburzeń psychicznych ważnym elementem EBM jest również posilkowanie się wiedzą biologiczną przy badaniach związanych z etiologią czy z tworzeniem nowych form terapii. W tym ostatnim przypadku wspomniany paradygmat faworyzuje leczenie farmakologiczne. W GMH powoływanie się na sformalizowaną i uprawomocnioną badaniami klinicznymi wiedzę medyczną było ważnym elementem legitymizującym globalne aspiracje ruchu, gdyż wiedza ta przynajmniej z założenia ma charakter uniwersalny.

Wskazane elementy ruchu na rzecz globalnego zdrowia psychicznego są ważnymi, choć niewidocznymi na pierwszy rzut oka, cechami tego zjawiska. Pojawienie się zdrowia psychicznego jako zjawiska globalnego powiązane jest bowiem z neoliberalizacją usług zdrowotnych (czego przejawem jest delegowanie tychże usług na rzecz pozapaństwowych, często prywatnych podmiotów i osłabianie sektora publicznego), standaryzacją i kwantyfikacją czynności diagnostyczno-terapeutycznych (które mają coraz większy potencjał do upowszechnienia wiedzy, narzędzi i praktyk medycznych) oraz z biologizacją wiedzy na temat zaburzeń psychicznych (dzięki czemu możliwe staje się produkowanie uniwersalnej wiedzy na temat ludzkiej psychiki i problemów z nią związanych). Te właśnie milcząco przyjmowane czy nie wprost werbalizowane konsekwencje popularności GMH stanowią główne osie sporu i kontrowersji, które omówię w dalszej części artykułu.

### GMH I NEOLIBERALIZACJA MEDYCYN

Termin „neoliberalizm” odnieść można do szeregu zmian strukturalnych, które odciskają swoje piętno na światowej gospodarce mniej więcej od lat osiemdziesiątych XX wieku<sup>13</sup>. Rezultatami polityki neoliberalnej są między innymi: cięcia budżetowe w zakresie różnych usług społecznych, delegowanie kompetencji sektora publicznego na sektor prywatny, prywatyzacja instytucji publicznych, deregulacja gospodarki, obniżenie podatków dochodowych i wprowadzanie logiki rynkowej do zarządzania różnymi sferami życia społecznego. Neoliberalizm jest jednakże tyleż pewną ekonomią polityczną, co ideologią<sup>14</sup>. Neoliberalny światopogląd przedkłada podmiotowość konsumencką nad obywatelską, promuje konkurencyjność i wydajność ekonomiczną jako główne wartości społeczne oraz podkreśla rolę indywidualnej sprawczości i odpowiedzialności. Jest wreszcie specyficznym sposobem rządzenia, opartym z jednej strony na idei państwa minimalnego, z drugiej na ponadnarodowych i pozbawionych demokratycznego mandatu instytucjach typu Międzynarodowy Fundusz Walutowy czy Światowa Organizacja Handlu<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> D. Harvey, *Neoliberalizm. Historia katastrofy*, tłum. J.P. Listwan, Instytut Wydawniczy Książka i Prasa, Warszawa 2008.

<sup>14</sup> A. Szahaj, *Kapitalizm drobnego druku*, Instytut Wydawniczy Książka i Prasa, Warszawa 2014; T. Markiewka, *Język neoliberalizmu*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2017.

<sup>15</sup> M. Hardt, A. Negri, *Imperium*, tłum. S. Ślusarski, A. Kołbaniuk, Wydawnictwo AB, Warszawa 2005.

W kontekście medycyny przejawami neoliberalizmu jest między innymi wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej mechanizmów rynkowych spod znaku *new public management*<sup>16</sup>, bazujących na dbaniu o ekonomiczną efektywność placówek służby zdrowia czy na kwantyfikacji usług medycznych, ich prywatyzacji, utowarowieniu zdrowia, wzroście roli podmiotów komercyjnych (głównie przemysłu farmaceutycznego i firm ubezpieczeniowych), pojawieniu się nowej podmiotowości pacjenckiej, nazywanej przez Annemarie Mol logiką wyboru<sup>17</sup>, wedle której pacjent jest wolnym podmiotem na szerokim rynku usług medycznych.

Ruch na rzecz globalnego zdrowia psychicznego jest projektem neoliberalnym z kilku powodów. Po pierwsze, GMH – współpracując z międzynarodowymi fundacjami i NGO-sami oraz instytucjami typu WHO – wpisuje się w model globalnego zarządzania. Inicjatywy podejmowane w ramach ruchu nie są związane z polityką na szczeblu krajowym, a zatem do pewnego stopnia nie podlegają kontroli ze strony narodowych, wybranych w demokratycznych wyborach rządów. Ewentualna skuteczność ruchu pośrednio przyczynia się ponadto do osłabienia roli krajowej polityki zdrowotnej, gdyż może uzasadniać neoliberalny pogląd o nieefektywnym zarządzaniu w sektorze publicznym. GHM może poza tym realizować cele poza demokratyczną kontrolą, co w kontekście krytyki ruchu (o której więcej w dalszej części tekstu) może stanowić pewien problem. Priorytety, główne cele, instrumenty, pomysły na walkę z zaburzeniami psychicznymi w skali globalnej, a także główni sojusznicy – wszystkie te kwestie są poza kontrolą obywatelską.

Po drugie, głównym punktem odniesienia w GMH pozostaje rama ekonomiczna, co zasygnalizowałem już przy okazji historii powstania ruchu. Wskaźnik DALY, pokazujący wpływ danego schorzenia na długość życia, jest przecież używany, by pokazywać ekonomiczne koszty zaniechań w opiece zdrowotnej. W związku z tym problemy psychiczne są problemami, ponieważ obniżają wartość kapitału ludzkiego czy powodują niepotrzebne straty wydajności. Osoba cierpiąca na depresję to taka, która traci dni, tygodnie czy miesiące, bo nie może pracować, a zatem generować wartości dodatkowej<sup>18</sup>. Warto oczywiście zauważyć pewne błędne koło w tego typu rozumowaniu. Wzrost liczby osób cierpiących na zaburzenia psychiczne można bowiem wiązać z rozwojem kapitalizmu (czyli z naciskiem na bycie konkurencyjną, elastyczną i wydajną jednostką), a propozycja, by na przykład walczyć z depresją po to, by zwiększyć ekonomiczną wydajność, może tylko problem pogłębić.

Zarzut ten jest ważny dlatego, że skupienie się na ekonomicznym wymiarze problemów ze zdrowiem psychicznym odpolitycznia, a tym samym zaciemnia realne podłoże występowania zaburzeń. Jest to jeden z głównych zarzutów pod adresem ruchu na rzecz globalnego zdrowia psychicznego. Koncentrując się

<sup>16</sup> M. Nowakowski, *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2015, s. 63–64.

<sup>17</sup> A. Mol, *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*, Routledge, London–New York 2008.

<sup>18</sup> L. Cosgrove, J. Karter, *The poison in the cure: neoliberalism and contemporary movements in mental health*, „Theory and Psychology” 5(28)/2018.

głównie na krajach peryferyjnych, różne akcje wpisujące się w GMH często skupione są na krajach, w których toczą się konflikty zbrojne lub które doświadczyły kataklizmów naturalnych. Przykładami mogą tu być Syria – w której WHO zorganizowało akcję „When sadness doesn’t stop”<sup>19</sup> – czy Kambodża<sup>20</sup>. Problem z interwencjami tego typu polega na tym, że są one skoncentrowane tylko na zaburzeniach psychicznych (i często posiłkują się metodami takimi jak terapia poznawczo-behawioralna czy leczenie farmakologiczne), a nie na szerszym kontekście społecznym, ekonomicznym czy politycznym. Z tej perspektywy GMH przyczynia się do umieszczania realnych źródeł problemów psychicznych – takich jak bieda, prześladowania polityczne czy wojna – w wąskich psychiatrycznych ramach. Ma to swoje konsekwencje w tym, że środkiem zaradczym w takich okolicznościach przestają być decyzje systemowe zmieniające okoliczności życia ludzi dotkniętych traumą czy depresją, są nimi jedynie punktowe i doraźne interwencje. Jest to do pewnego stopnia zgodne z neoliberalną agendą, w której strukturalne problemy stają się niewidzialne i tym samym nie pociągają za sobą działań politycznych polegających na zmianie kontekstu, okoliczności ekonomicznych czy danej formy rządów.

Trzeci zarzut łączy się z poprzednim w tym sensie, że dotyczy metod walki z zaburzeniami psychicznymi wykorzystywanymi w ramach akcji spod znaku GMH. Otóż działania te mają charakter niezwykle zindywidualizowany, co jest zgodne z zachodnim sposobem odnoszenia się do zaburzeń psychicznych<sup>21</sup>. Z uwagi na globalne aspiracje GMH pewne rozwiązania stosowane są w uniwersalistyczny sposób (czego podłożem jest biologiczna etiologia zaburzeń, o czym za chwilę), czasami sprzeczny z lokalną, zorientowaną w niektórych kontekstach kulturowych na wspólnotę, praktyką radzenia sobie z problemami psychicznymi. Ta praktyka często związana jest z upowszechnianiem określonych modeli terapeutycznych. Ma to swoje ważne konsekwencje. Po pierwsze, z uwagi na fakt, że w terapiach tych zarówno podmiotem, jak i przedmiotem interwencji jest indywidualny podmiot, to następuje delegacja odpowiedzialności – z systemu czy wspólnoty na pojedynczego chorego. Podobnie jak we współczesnych, neoliberalnych ze swej istoty, ideologiach zdrowia<sup>22</sup>, również w dyskursie GMH to jednostka jest obarczana odpowiedzialnością za swój dobrostan psychiczny. Po drugie, szereg interwencji promowanych przez akcje organizowane w ramach GMH ma charakter farmakologiczny. W związku z tym przeciwnicy ruchu podkreślają, że działania te przyczyniają się pośrednio do poszerzenia rynków zbytu dla koncernów farmaceutycznych. Wyrównywanie szans w dostępie do opieki medycznej w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych może być z tej perspektywy realizowaniem interesów koncernów, gdyż tworzy zapotrzebowanie na produkty lecznicze w miejscach dotąd nieobecnych w biznesowych planach Big Pharmacy.

<sup>19</sup> Tamże.

<sup>20</sup> D. Summerfield, „Global mental health” is an oxymoron and medical imperialism, „British Medical Journal” 346/2013.

<sup>21</sup> J. Clarke, Medicalization of global health 2: the medicalization of global mental health, „Global Health Action” 7/2014.

<sup>22</sup> M. Wróblewski, Nowe szaty healthismu. Self-tracking, neoliberalizm i kapitalizm kognitywny, „Folia Sociologica” 58/2016.

Czwarty zarzut dotyczy tego, że GMH przyczynia się do upowszechniania nowych form nadzoru i kontroli<sup>23</sup>. Wspominałem już, że jednym z celów ruchu jest skalowanie, czyli globalne wprowadzanie prostych rozwiązań, które wymagają niskich nakładów finansowych, a mogą sprawdzić się w różnych okolicznościach (czego przykładem jest korzystanie z *lay health workers*). Skalowanie pociąga za sobą aplikowanie określonych rozwiązań w szybki i bardziej rozległy sposób, to znaczy taki, który obejmuje swoim zasięgiem dużą część danej populacji. Takie podejście zakłada daleko posuniętą standaryzację na różnych poziomach, na przykład w zakresie rozpoznawania zaburzeń psychicznych objawia się korzystaniem z łatwych w obsłudze kwestionariuszy diagnostycznych, opartych na amerykańskiej nozologii DSM. Wynika to oczywiście z dbałości o efektywność – jedynie zestandaryzowane narzędzia mogą być globalnie dystrybuowane. Lisa Cosgrove i Justin Karter<sup>24</sup> podają przykład przesiewowych badań depresji stosowanych w miejscach, w których doszło do kataklizmów naturalnych. Badania te mają za zadanie wychwycić w populacji osoby poszkodowane wskutek doświadczenia tragicznego wydarzenia – w sposób szybki, ale również w miarę kompletny.

W literaturze psychiatrycznej tego typu zabiegi spotykają się z krytyką z dwóch powodów<sup>25</sup>. Po pierwsze, wskazuje się na ich nieskuteczność w tym sensie, że mogą diagnozować zbyt liberalnie i zawyżać realną liczbę chorych. Po drugie, mogą przyczyniać się do efektu nocebo, który polega na wywoływaniu negatywnych konsekwencji dla jednostki przez sam fakt zdiagnozowania. Co jednak najbardziej, w kontekście ekonomicznej ramy GMH, standaryzacja związana z tego typu zabiegami pozwala na stworzenie nowych form nadzoru populacyjnego<sup>26</sup>, w tym przypadku nakierowanego na zwiększanie efektywności ekonomicznej. Jeżeli, dla przykładu, depresja jest problemem głównie z powodu zmniejszania wydajności pracy, to badania przesiewowe czy proste w obsłudze kwestionariusze diagnostyczne mogą służyć do zarządzania kapitałem ludzkim poprzez umożliwienie nadzorowania ludzi pod kątem ich problemów z nastrojem czy motywacją do pracy. Jak piszą Cosgrove i Karter:

*przesiewowe badania depresji są z pewnością zgodne z neoliberalną agendą, w której efektywność ceni się bardziej od zaangażowania, produktywność od obywatelskości, a technologii używa się do monitorowania społeczeństwa. Jest to również zgodne z neoliberalnym podejściem do oceny ryzyka, w którym ludzie zawsze narażeni są na jakieś niebezpieczeństwo związane ze zdrowiem i są jednocześnie sami za to odpowiedzialni*<sup>27</sup>.

<sup>23</sup> L. Cosgrove, J. Karter, *The poison in the cure...*, dz. cyt.

<sup>24</sup> Tamże, s. 675.

<sup>25</sup> N. Greenberg, S. Wessely, *Mental health interventions for people involved in disasters: what not to do*, „World Psychiatry” 3(16)/2017.

<sup>26</sup> M. Foucault, *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, tłum. M. Herer, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.

<sup>27</sup> L. Cosgrove, J. Karter, *The poison in the cure...*, dz. cyt., s. 675.



## BIOLOGIZACJA I UNIWERSALNOŚĆ LUDZKIEJ PSYCHIKI

Patrząc na historię XX-wiecznej psychiatrii, można w niej dostrzec dwa konkurujące ze sobą podejścia<sup>28</sup>. Jedno z nich opiera etiologię i postępowanie terapeutyczne na paradygmacie biomedycznym, w którym naukowcy oraz lekarze posługują się biologicznym wyjaśnieniem przyczyn zaburzeń psychicznych oraz faworyzują farmakologiczne metody terapii. Drugie koncentruje się na wymiarze społecznym – tutaj zaburzenia psychiczne związane są z oddziaływaniami środowiskowymi, a interwencje przyjmują postać psychoterapeutyczną. Współcześnie jednak ton nadaje podejście biomedyczne, najsilniej reprezentowane w psychiatrii amerykańskiej. Widać je w upowszechnianiu się narzędzi diagnostycznych opartych na wydawanym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne podręczniku DSM czy we wzroście popularności psychofarmakologii (na przykład w leczeniu depresji czy nadpobudliwości).

Ruch na rzecz globalnego zdrowia psychicznego funkcjonuje w paradygmacie biomedycznym, i to z kilku powodów. Po pierwsze, GMH z założenia czerpie informacje z medycyny opartej na dowodach, pragnąc oprzeć swoje działania na rzetelnej i zweryfikowanej wiedzy naukowej. Takie wymogi spełniają biologiczne etiologie zaburzeń psychicznych oraz farmakologia oparta na badaniach z zakresu neurofizjologii mózgu. Po drugie, ruch – mając charakter globalny – musi przyjąć założenie o uniwersalnym charakterze ludzkiej psychiki. I tutaj znów możliwość taką daje jedynie wiedza biologiczna. Ten punkt jest niezwykle ważny, gdyż jego konsekwencją jest przeświadczenie, że zaburzenia psychiczne, ich doświadczanie i leczenie są uniwersalne w skali globu. W związku z tym, w ramach wyznaczanych przez GMH, ludzie niezależnie od kręgu kulturowego cierpią z powodu tych samych problemów psychicznych, podobnie ich doświadczają i potrzebują zbliżonych form pomocy. Po trzecie wreszcie, paradygmat biomedyczny pozwala na globalne działania z powodu dużej mobilności narzędzi diagnostycznych. W myśl biologicznie zorientowanej psychiatrii zaburzenia psychiczne posiadają swoje własne, specyficzne etiologie i w związku z tym można je łatwo od siebie odróżnić. To założenie leży u podstaw współczesnych nozologii psychiatrycznych, których źródłem są prace niemieckiego psychiatry Emila Kraepelina. Owa logika dyskretnych jednostek diagnostycznych sprawia, że rozpoznawanie zaburzeń psychicznych może odbywać się za pomocą zestandaryzowanych i łatwo dystrybuowanych narzędzi, na przykład kwestionariuszy<sup>29</sup>.

Odniesienie do wiedzy biologicznej w psychiatrii, mimo że wiedzie obecnie prym, nadal wywołuje wiele kontrowersji. Nie powinno zatem dziwić, że jest to jeden z głównych punktów zapalnych w krytyce GMH. Pochodzi ona głównie ze strony psychiatrów transkulturowych oraz antropologów medycznych, którzy – bazując na relatywizmie kulturowym – wskazują na wady uniwersalistycznych aspiracji biologicznej psychiatrii oraz podkreślają jej szkodliwy wpływ na terapię zaburzeń psychicznych.

<sup>28</sup> R. Stupak, B. Dobroczyński, *Projekt Soteria: zwiastun „trzeciej drogi” w psychiatrii?*, *Psychiatria Polska* 108/2018.

<sup>29</sup> M. Wróblewski, *Mobilne narzędzia diagnostyczne i globalizujące się zaburzenia psychiczne. O roli DSM w kształtowaniu kulturowego obrazu zdrowia psychicznego*, *Prace Kulturoznawcze* 4(22)/2018.

Podstawowy zarzut odnosi się do rzeczywistej wiarygodności wiedzy biologicznej dotyczącej zaburzeń psychicznych<sup>30</sup>. Chociaż biologiczne etiologie cieszą się w psychiatrii dużą popularnością, to nadal wiedza na ich temat jest niepewna. Nie znamy dokładnie biologicznych mechanizmów depresji czy nadpobudliwości, a w związku z tym nie możemy diagnozować tych zaburzeń za pomocą biologicznych markerów. Diagnoza nadal opiera się w dużej mierze na interpretacji symptomów zewnętrznych, głównie zachowań czy opisów samego pacjenta. Biorąc ten fakt pod uwagę, nie można zasadnie twierdzić, że wszyscy na świecie cierpią na te same zaburzenia psychiczne, gdyż nie ma narzędzi, by stwierdzić to ze stuprocentową pewnością. W związku z tym termin „globalne zdrowie psychiczne” jest oksymoronem<sup>31</sup>. Co więcej, dorobek antropologii medycznej zaświadcza, że jest wręcz odwrotnie<sup>32</sup>. Artykulacja problemów psychicznych, często oparta na specyficznych emocjach, kodach kulturowych czy interpretacjach życia codziennego, różni się w poszczególnych kulturach, w związku z tym depresja na przykład mieszkanki Syrii jest inna niż ta, którą diagnozuje się w społeczeństwie amerykańskim.

Zdaniem krytyków GMH opieranie koncepcji zaburzenia psychicznego na biologicznych podstawach nie tylko jest nieuprawnione, ale ma też swoje negatywne konsekwencje. Dotyczą one w pierwszej kolejności postępowania terapeutycznego. Psychiatria zachodnia, głównie amerykańska, funkcjonuje na bazie kilku domyślnie przyjmowanych przesłanek, które określają, czym jest zaburzenie psychiczne i jak sobie z nim radzić. O jednym z takich założeń już wspominałem – to indywidualizacja. Podmiotem doświadczającym zaburzenia psychicznego w zachodnim modelu jest jednostka i to ona w pierwszej kolejności jest przedmiotem działań medycznych (w postaci *talk therapy* czy farmakologii). W innych kulturach nie jest to takie oczywiste, w związku z czym interwencje nastawione na jednostkę mogą być tam mało skuteczne. Do tego dochodzi również fakt, że skalowanie proponowane w ramach GMH narzuca różnym obszarom jednolite i zestandaryzowane (oparte na biomedycznej racjonalności) sposoby działania, przyczyniając się tym samym do marginalizacji lokalnych systemów wiedzy<sup>33</sup>.

Bogata literatura z zakresu psychiatrii transkulturowej oraz antropologii medycznej zawiera szereg badań i przykładów potwierdzających powyższą krytykę. Jak wynika z metaanalizy przeprowadzonej w 2002 roku, większość studiów nad wskaźnikami, za pomocą których można zidentyfikować problemy psychiczne związane z traumą, została przeprowadzona na ludziach wywodzących się z zachodniego kręgu kulturowego, głównie ze Stanów Zjednoczonych<sup>34</sup>. Tego typu badania, naznaczone etnocentrycznym skrzywieniem, są później ekstrapolowane

<sup>30</sup> D. Summerfield, *How scientifically valid is the knowledge base of global mental health?*, „British Medical Journal” 336/2008.

<sup>31</sup> D. Summerfield, „Global mental health”..., dz. cyt.

<sup>32</sup> A. Kleinman, *Do psychiatric disorders differ in different cultures? The methodological questions*, [w:] *The Culture and Psychology Reader*, red. N.R. Goldberger, J.B. Veroff, New York University Press, New York 1995.

<sup>33</sup> L.J. Kirmayer, D. Pedersen, *Toward a new architecture for global mental health*, „Transcultural Psychiatry” 6(51)/2014.

<sup>34</sup> M. Hollifield, T. Warner, N. Lian, B. Krakow, J.J. Jenkins, J. Kesler, J. Stevenson, J. Westermeyer, *Measuring trauma and health status in refugees: a critical review*, „The Journal of the American Medical Association” 288/2002.

na globalną populację. Trauma i związana z nią kategoria zespołu stresu pourazowego są zresztą często przedmiotem działań z zakresu GMH, jak i ich krytyki<sup>35</sup>. Psychiatrizy transkulturowi wskazują, że przeżywanie cierpienia wywołanego kataklizmem naturalnym czy konfliktami zbrojnymi nie jest doświadczeniem uniwersalnym, z czego nie zdają sobie sprawy międzynarodowe organizacje typu WHO czy osoby podejmujące działania z zakresu globalnego zdrowia psychicznego<sup>36</sup>.

Emblematyczny może być tutaj przykład Sri Lanki, która po tragicznym tsunami w 2004 roku stała się miejscem jednej z pierwszych globalnych interwencji psychiatrycznych. Wielu poszkodowanych reagowało na dramatyczne wydarzenia inaczej, niż to sobie wyobrażali i do czego byli przygotowani zachodni terapeuci, gdyż nie czuło potrzeby werbalnego przepracowywania swojej traumy ani nie manifestowało nadmiernej nerwowości (a są to symptomy kojarzone z PTSD). W tamtejszej kulturze reakcja na traumę ma charakter bardziej somatyczny niż psychologiczny (co objawia się na przykład bólem w piersi), a doświadczenie utraty przeżywa się na poziomie wspólnotowym, a nie jednostkowym (cierpienie wiąże się nie z osobistą szkodą, ale z faktem utraty relacji rodzinnych).

Z kolei przykład wpływu GMH na lokalną kulturę znajdziemy w badaniach etnograficznych Anubhy Sood<sup>37</sup>, która zajmowała się Indiami. W przypadku opisanym przez Sood przyjęcie przez indyjskie władze polityki skalowania charakterystycznej dla GMH spowodowało marginalizację lokalnie zakorzenionych praktyk związanych z problemami psychicznymi. Tymi praktykami były na przykład różnego rodzaju rytuały i obrzędy. Problem z tego rodzaju procesem polega na tym, że z jednej strony jego konsekwencją jest zubożenie różnorodności kulturowej, z drugiej natomiast – wykluczenie zabiegów, które w danym kontekście okazują się często skuteczne.

Wspomniane badania i przypadki narzucania zachodniej logiki i racjonalności w definiowaniu zaburzeń psychicznych oraz upowszechnianie specyficznych metod terapeutycznych prowadzą krytyków GMH do sformułowania wniosku, że ruch na rzecz globalnego zdrowia psychicznego jest nową formą kolonializmu i zaprowadzania zachodniej hegemonii na świecie. Tego typu krytykę formułuje między innymi psycholożka China Mills<sup>38</sup>. Uważa ona, że najważniejszą kwestią w owym narzucaniu jednolitego doświadczenia zaburzeń psychicznych jest nieodpowiedzialne propagowanie leczenia farmakologicznego. Ma to bowiem, jej zdaniem, daleko posunięte konsekwencje. Mills zajmuje się głównie psychiatrią dzieci oraz młodzieży i na tym obszarze analizuje kolonizację doświadczenia

<sup>35</sup> E. Watters, *Crazy Like US...*, dz. cyt., s. 65–126.

<sup>36</sup> S. von Peter, *The experience of mental trauma and its transcultural application*, „Transcultural Psychiatry” 4(45)/2008.

<sup>37</sup> A. Sood, *The Global Mental Health movement and its impact on traditional healing in India. A case study of the Balaji temple in Rajasthan*, „Transcultural Psychiatry” 6(53)/2016.

<sup>38</sup> Ch. Mills, *Decolonizing Global Mental Health. The Psychiatrization of the Majority World*, Routledge, New York 2014; też, *Psychotropowe dzieciństwo. „Zdrowie Psychiczne na Świecie” i dzieci na lekach*, [w:] *Antropologia psychiatrii dzieci i młodzieży*, red. A. Witeska-Młynarczyk, Oficyna Naukowa, Warszawa 2018; Ch. Mills, S. Fernando, *Globalising mental health or pathologising the global south? Mapping the ethics, theory and practice of global mental health*, „Disability and Global South” 2(1)/2014.

zaburzeń psychicznych przez biomedyczną oraz sfarmakologizowaną racjonalność. Jak twierdzi:

*rosnące znaczenie środków psychotropowych w życiu dzieci daje początek nowym kategoriom dzieciństwa i nowym sposobom bycia dzieckiem, w ramach których coraz więcej młodych ludzi rozumie siebie przez pryzmat procesów chemicznych zachodzących w mózgu i przyjmowanych substancji farmakologicznych. [...] Konsekwencją nowo powstających psychotropowych modeli dzieciństwa są nowe sposoby budowania relacji z dziećmi, a wraz z nimi – nowe modele bycia z rodzicami i nauczycielami<sup>39</sup>.*

## PODSUMOWANIE

W artykule starałem się zrekonstruować spory wokół globalnego ruchu na rzecz zdrowia psychicznego, wskazując zarówno na neoliberalną proveniencję tego zjawiska, jak i dyskusje wokół biomedycznej ramy przyjmowanej przez GMH. Na koniec warto podkreślić, że kontrowersje dotyczące etiologii zaburzeń psychicznych czy popularności leczenia farmakologicznego nie mogą prowadzić nas do zanegowania racjonalności medycznej w duchu postawy antynaukowej. Krytycy biologicznej psychiatrii często sami są przedstawicielami środowisk medycznych czy naukowych, i nawet oni nie negują całkowicie wiedzy biologicznej czy zasadności terapii farmakologicznej. Opisanego w niniejszym artykule sporu nie da się przedstawić w prosty sposób jako konfliktu pomiędzy światem EBM a światem medycyny alternatywnej, w podobny sposób jak często pokazuje się kontrowersje wokół obowiązkowych szczepień.

Pragnę to podkreślić, ponieważ zaprezentowana debata w szerszym kontekście dotyczy nie tylko statusu psychiatrii biologicznej, ale też zasadności posługiwania się różnymi porządkami wiedzy. Domaganie się przez psychiatrów transkulturowych czy antropologów medycznych brania na serio badań nad różnorodnością kulturową jest z tej perspektywy próbą włączenia w obręb zdominowanych przez podejście przyrodnicze nauk medycznych podejścia jakościowego, charakterystycznego dla humanistyki i nauk społecznych. Krytycy GMH pokazują, że wiedza na temat subiektywności doświadczenia, specyfiki danej kultury czy życia codziennego określonej wspólnoty może być ważnym dopełnieniem psychiatrii, zdominowanej obecnie przez nauki o mózgu i genetykę. Innymi słowy, dowodzi to, że humanistyka nadal odgrywa ważną rolę w generowaniu potrzebnej i wartościowej wiedzy o człowieku.

## BIBLIOGRAFIA

- Clarke, Jocalyn. „Medicalization of global health 2: the medicalization of global mental health”. *Global Health Action* 7 (2014).
- Cosgrove, Lisa, Justin Karter. „The poison in the cure: neoliberalism and contemporary movements in mental health”. *Theory and Psychology* 28, 5 (2018).

---

<sup>39</sup> Ch. Mills, *Psychotropowe dzieciństwa...*, dz. cyt., s. 57–58. O podobnych zjawiskach w kontekście polskim pisze w świetnym studium etnograficznym Anna Witeska-Młynarczyk, zob. A. Witeska-Młynarczyk, *Dziecięce doświadczenie ADHD. Etnografia spornej jednostki diagnostycznej*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2019.



- Foucault Michel. *Narodziny biopolityki*. Tłum. Michał Herer. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2011.
- Greenberg, Neil, Simon Wessely. „Mental health interventions for people involved in disasters: what not to do”. *World Psychiatry* 16, 3 (2017).
- Hollifield, Michael, Teddy Warner, Nityamo Lian, Barry Krakow, Janis J. Jenkins, James Kesler, Jayne Stevenson, Joseph Westermeyer. „Measuring trauma and health status in refugees: a critical review”. *The Journal of the American Medical Association* 288 (2002).
- Kirmayer, Laurence J., Duncan Pedersen. „Toward a new architecture for global mental health”. *Transcultural Psychiatry* 51, 6 (2014).
- Kleinman, Arthur. „Do psychiatric disorders differ in different cultures? The methodological questions”. W: *The Culture and Psychology Reader*, red. Nancy R. Goldberger, Jody B. Veroff. New York: New York University Press, 1995.
- Mills, China. *Decolonizing Global Mental Health. The Psychiatrization of the Majority World*. New York: Routledge, 2014.
- Mills, China. „Psychotropowe dzieciństwo. Zdrowie psychiczne na świecie i dzieci na lekach”. W: *Antropologia psychiatrii dzieci i młodzieży*, red. Anna Witeska-Młynarczyk. Warszawa: Oficyna Naukowa, 2018.
- Mol, Annemarie. *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge, 2008.
- Nowakowski, Michał. *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, 2015.
- Szahaj, Andrzej. *Kapitalizm drobnego druku*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Książka i Prasa, 2014.
- Von Peter, Sebastian. „The experience of ‘mental trauma’ and its transcultural application”. *Transcultural Psychiatry* 45, 4 (2008).
- Watters, Ethan. *Craze Like US: The Globalization of the American Psyche*. New York: Free Press, 2010.
- Witeska-Młynarczyk, Anna. *Dziecięce doświadczenie ADHD. Etnografia spornej jednostki diagnostycznej*. Warszawa: Oficyna Naukowa, 2019.
- Wróblewski, Michał. „Mobilne narzędzia diagnostyczne i globalizujące się zaburzenia psychiczne. O roli DSM w kształtowaniu kulturowego obrazu zdrowia psychicznego”. *Prace Kulturoznawcze* 22, 4 (2018).
- Wróblewski, Michał. „Nowe szaty healthismu. Self-tracking, neoliberalizm i kapitalizm kognitywny”. *Folia Sociologica* 58 (2016).

Data wpłynięcia: 13 września 2019 r. Data zatwierdzenia do druku: 23 października 2019 r.

## DO WE ALL 'GO CRAZY' IN THE SAME WAY? THE MOVEMENT FOR GLOBAL MENTAL HEALTH AND ITS CRITICISM

The aim of this article is to present the Movement for Global Mental Health (MGMH) and its most important critiques. Opponents of the MGMH – primarily trans-cultural psychiatrists and medical anthropologists – point to a myriad of problems

related to approaching mental health in supracultural and universalistic categories. Two dimensions of this criticism are discussed. Firstly, the MGMH is criticised as an expression of the neoliberalisation of medical discourse and practices, and a movement whose actions are focused on economic aspects of mental disorders (recognised as problems that generate costs for the economy) and depoliticising the actual sources of mental problems. Secondly, there is a dispute regarding the ontological status of mental disorders – embedded in its universalistic claims, the MGMH tends to lean towards biological explanations, while critics point to the lack of scientific evidence that would support such approach.

**SŁOWA KLUCZOWE:** psychiatria, ruch na rzecz globalnego zdrowia psychicznego, neoliberalizm, psychiatria transkulturowa, biologizacja psychiatrii

**KEY WORDS:** psychiatry, Movement for Global Mental Health (MGMH), neoliberalism, transcultural psychiatry, biologisation of psychiatry

